

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

BIOPSIHOLOŠKE UTEMELJITVE
BONDING PSIHOTERAPEVTSKE MODALITETE

NASTJA RAVŠELJ

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

Biopsihološke utemeljitve bonding psihoterapevtske modalitete
(Biopsychological Arguments of the Bonding Psychotherapy)

Ime in priimek: Nastja Ravšelj

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc, spec. klin. psih.

Somentor: asist. dr. Bogdan Polajner

Koper, september 2015

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Nastja RAVŠELJ

Naslov zaključne naloge: Biopsihološke utemeljitve bonding psihoterapevtske modalitete

Kraj: Koper

Leto: 2015

Število listov: 35

Število slik: 3

Število tabel: 1

Število referenc: 58

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc, spec. klin. psih.

Somentor: asist. dr. Bogdan Polajner

Ključne besede: psihoterapija, bonding psihoterapija, stili navezanosti, psihološke utemeljitve, biološke utemeljitve

Izvleček: Namen zaključne projektne naloge je bil skozi dve raziskavi, izvedene s strani strokovnjakov s področja bonding psihoterapije, utemeljiti bonding psihoterapijo s biopsihološkega vidika. Psihoterapija, na splošno, je naučeno, celostno, zavestno in načrtovano obravnavanje psihosocialno in psihosomatsko pogojenih duševnih motenj in bolezenskih stanj z znanstveno utemeljenimi psihoterapevtskimi metodami v interakciji ene ali več obravnavanih oseb, z enim ali več psihoterapevti. Cilj obravnave pa je olajšati ali odpraviti simptome, spremeniti moteča prepričanja, stališča, vedenjske vzorce ter podpirati osebno rast in zdravje obravnavanih. Bonding psihoterapija je psihoterapevtska modaliteta s širokim spektrom učinkovanja. Prednostno je namenjena korekciji bazičnih čustvenih motenj, disfunkcionalnih kognitivnih shem, nezdravih odnosnih slogov in (medosebnih) navezanosti. Psihološke utemeljitve bonding psihoterapije se kažejo predvsem v izboljšani povezanosti posameznika z drugimi osebami, pri krepitvi zdravega odnosnega sloga ter pri lažjem navezovanju fizične in čustvene bližine z drugimi. Biološke utemeljitve pa vključujejo povišan nivo hormona oksitocina, ki je hormon, odgovoren za občutke ljubezni, nežnosti in pripadnosti.

Key words documentation

Name and SURNAME: Nastja RAVŠELJ

Title of the final project paper: Biopsychological Arguments of the Bonding Psychotherapy

Place: Koper

Year: 2015

Number of pages: 35

Number of figures: 3

Number of tables: 1

Number of references: 58

Mentor: Assist. Prof. Gregor Žvelc, PhD

Co-Mentor: Assist. Bogdan Polajner, PhD

Keywords: psychotherapy, bonding psychotherapy, attachment styles, psychological arguments, biological arguments

Abstract: The aim of the final project paper has been to find biopsychological arguments of the bonding psychotherapy through two researches, carried out by experts in the field of bonding psychotherapy. Psychotherapy, in general, is learned, holistic, conscious and planned treatment of psychosocial and psychosomatic mental disorders and disease states by providing scientifically based method of psychotherapy in the interaction of one or more clients with one or more therapists. The aim of the treatment is to facilitate or eliminate the symptoms, change of the disturbing beliefs, attitudes, behaviour patterns and to support personal growth and health of clients. Bonding psychotherapy has a broad-spectrum effect. Preferably, it is intended to correlate basic emotional disorders, dysfunctional cognitive schemes, unhealthy relation styles and (interpersonal) attachment. Psychological arguments of the bonding psychotherapy are primarily reflected in improved interpersonal attachment, in the positive perception of relation styles and in physical and emotional closeness to others. Biological arguments of the bonding psychotherapy include increased levels of the oxytocine hormone, which is responsible for feelings of love, affection and loyalty.

Zahvala

Za strokovno vodenje ter predvsem koristne nasvete pri izvedbi diplomske naloge se zahvaljujem somentorju asist. dr. Bogdanu Polajnerju ter mentorju doc. dr. Gregorju Žvelcu.

Največja zahvala pa gre fantu Juretu za potrpežljivost, razumevanje ter pomoč v času nastajanja tega dela ter družini za vso izkazano podporo in omogočen študij.

Kazala

1 UVOD	1
2 PSIHOTERAPIJA.....	2
2.1 Zgodovina psihoterapije.....	3
2.2 Zgodovina psihoterapije na Slovenskem.....	5
3 SKUPINSKA PSIHOTERAPIJA	6
3.1 Vrste skupinske psihoterapije in pristopi	6
3.2 Skupinska Geštalt terapija.....	8
3.3 Psihodrama	9
3.4 Skupinska transakcijska analiza	9
3.6 Skupinska vedenjsko kognitivna terapija.....	10
3.7 Bonding psihoterapevtska modaliteta	11
4 BIOLOŠKO OZADJE PSIHOTERAPIJE	11
4.1 Psihoterapija in možgani	12
4.2 Psihologija zdravja	13
4.3 Psihosomatika	14
5 BONDING PSIHOTERAPEVTSKA MODALITETA	14
5.1 Namen in cilji bonding psihoterapije	15
5.2 Obravnava klientov	16
5.2.1 Klienti kot odvisniki od psihoaktivnih substanc	17
6 PSIHOLOŠKE UTEMELJITVE BONDING PSIHOTERAPIJE.....	18
7 BIOLOŠKE UTEMELJITVE BONDING PSIHOTERAPIJE	20
8 SKLEP.....	21
9 LITERATURA IN VIRI	23

Kazalo preglednic

Tabela 1: Razvrstitev pristopov po dveh variabilah.....	13
---	----

Kazalo slik

Slika 1: Spremembe v stilih navezanosti.....	24
Slika 2: Rezultati SCL 90, spremembe v doživljanju simptomov.....	24
Slika 3: Nivo oksitocina pred in po zaključeni bonding terapiji.....	26

1 UVOD

Ljudje se med življenjem srečujemo z različnimi čustvenimi težavami, travmami, stiskami ter duševnimi motnjami. Lahko jih doživljamo sami ali pa jih spremljamo pri svojih bližnjih. V obeh primerih je za omejevanje in odpravljanje teh težav zelo pogost ter tudi primeren pristop psihoterapija. Cilj psihoterapije je, med drugim, zvišati čustveno stabilnost in tudi čustveno inteligentnost pri klientu. Sam izraz »čustvena inteligentnost« opisuje človekove lastnosti kot na primer njegov značaj, obzirnost, rahločutnost in človečnost (Weisbach in Dachs, 1999). Z drugimi besedami je čustvena inteligentnost preprosto inteligentna uporaba naših čustev (Weisinger, 1998). Najpomembnejša pa je čustvena inteligentnost terapevta. Ta slednjo pridobi preko izobraževanja ter usposabljanja za naziv psihoterapevta. Poznamo veliko različnih pristopov psihoterapije, primernega pa terapevt klientu priporoči glede na njegovo težavo, zaradi katere je pristopil po psihoterapevtsko pomoč, ter glede na njegove osebne lastnosti. Osebnosti lahko sicer uporabljamo kot sinonim za različne pojme kot so na primer oseba, značaj, karakter, človek, individuum in drugo (Musek, 1988). Eden izmed pristopov psihoterapije je tudi bonding psihoterapija, ki temelji na spoštljivem, ne-seksualnem fizičnem stiku s sočasno čustveno odprtostjo med klienti v skupinski terapiji ter na občutkih varnosti, zaupanja in ugodja. Razlike v učinku bonding psihoterapije so bile do sedaj zaznane predvsem pri klientih z različno napredovanimi stopnjami čustvene varnosti, ki so jo klienti občutili v skupinski terapiji (Spieser, 2001). Glavni cilj bonding psihoterapije je predvsem lajšanje in zmanjševanje klientovih simptomov ter sprememba negativnih odnosov z drugimi ljudmi v pozitivne, kar vodi v občutke ugodja, varnosti in zaželenosti (Hurney, 2012). Namen diplomske naloge je utemeljiti bonding psihoterapijo z biopsihološkega vidika na podlagi raziskav opravljenih s strani avtorjev, ki delujejo na področju bonding psihoterapije in podajajo biopsihološki vpogled v proces bonding psihoterapije ter tudi psihoterapije na splošno. Sam biopsihološki pristop k psihoterapiji je, po mojem osebnem mnenju in tudi glede na mnenja raziskovalcev tega področja, zelo koristen in uporaben, saj kot pravi Melchert (2010) obstaja veliko raznolikih pristopov, ki so jih svetovalci in psihologi uporabili za razumevanje ciljev in procesov psihoterapije, kar je privedlo do velikega števila konfliktov, različnih mnenj in polemik. Biopsihosocialen pristop k preučevanju raznolikih psihoterapevtskih modalitet pa ima potencial, da združi različne pristope in mnenja, saj temelji na znanosti razumevanja duševnega zdravja in bi tudi omejil in zmanjšal nastale konflikte. Namen zaključne naloge je torej utemeljiti bonding psihoterapijo iz biopsihološkega vidika, opisati psihološke in biološke spremembe pri klientih omenjene terapije, za kar sem uporabila dve raziskavi, katerih avtorji so aktivni raziskovalci na področju bonding psihoterapije.

Ena izmed raziskav se je posvetila psihološkimi vplivom bonding psihoterapije, druga pa biološkimi oziroma natančneje spremembam v izraženosti hormona oksitocina pri klientih bonding psihoterapije.

Za temo zaključne naloge sem se odločila, ker sem učinke bonding psihoterapije izkusila tudi na lastni koži, saj sem kot udeleženka specializacije iz bonding psihoterapije po približno dvanajstih izvedenih terapijah drastično zmanjšala občutke anksioznosti, tesnobe in strahu. Z pomočjo terapije sem prišla v stik s potlačenimi čustvi, predvsem pa se je učinkovitost terapije pokazala pri zaupanju do drugih ljudi. V preteklosti sem namreč svoja čustva zadrževala v sebi in jih nisem izražala pred drugimi, sploh ne pred večjo skupino ljudi. Preko bonding psihoterapije sem dosegla sproščenost pri izkazovanju čustev, tako negativnih kot pozitivnih, kar pa je tudi povečalo mojo samozavest, samospoštovanje ter izboljšalo mojo samopodobo.

2 PSIHOTERAPIJA

»Psihoterapija je namerna uporaba kliničnih metod in medosebnih značilnosti, ki slonijo na uveljavljenih psiholoških principih z namenom spremeniti klientovo vedenje, mišljenje, čustva in/ali druge osebne značilnosti v smeri, ki jih klient želi« (Prochaska in Norcross, 2003, cit. po Žvelc, 2011, str. 1). Sama beseda psihoterapija izhaja iz grških besed *psyche*, ki pomeni duša in *therapeia*, ki pomeni zdravljenje, v dobesednem pomenu psihoterapija torej pomeni zdravljenje duše (Verbinc, 1987, po Kreš, 2010). Žvelc (2011, str 8) navaja, da: »v psihoterapiji pacienti (klienti) razrešujejo različne težave: anksiozne, depresivne motnje in druge čustvene motnje oziroma težave, vedenjske težave, osebne motnje, psihosomatske motnje, motnje hranjenja, spolne motnje; težave v partnerstvu, v družini idr. S psihoterapevtsko obravnavo pomagamo tudi osebam, odvisnim od alkohola, drog in nepredpisanih zdravil, ter osebam z psihotičnimi motnjami«.

Psihoterapevtske obravnave se v zadnjih desetletjih poslužuje vedno več posameznikov iz različnih razlogov, kot enega izmed vzrokov za porast povpraševanja po psihoterapevtski pomoči pa lahko navedemo tudi podatek, da depresija postaja »vodilna« bolezen zahodnega sveta zaradi hitrega tempa življenja ter posledično visoke stopnje stresa (Mykletun, 2009). Depresijo povezujejo tudi z povečano stopnjo smrtnosti (Cuijpers in Smith, 2002) in je v večini primerov motnja, ki povzroča nezmožnost normalnega delovanja posameznika v njegovem vsakdanu in okolju (Bonicatto, Dew, Zaratiegui, Lorenzi in Pecina, 2001).

Psihoterapijo je mogoče razumeti tudi kot spoznavanje in spreminjanje emocionalnih sistemov klientov. Če preko terapije spoznamo, v katero smer se pomika njegov emocionalni sistem ter njegov izvor, lahko bolj natančno napovemo in predvidevamo klientovo vedenje v prihodnosti ali njegov odziv na samo terapijo (Baldwin, Wampold & Imel, 2007; Frank & Frank 1993; Pincus, 2009; Wampold, 2001).

V začetkih psihologije je bila le ta namenjena zdravljenju odraslih nevrotičnih pacientov, čez stoletja pa se je njen obseg zelo razširil tako v smislu indikacije težav kot tudi v smislu starostnih obdobj, saj so v psihoterapevtsko obravnavo lahko vključeni tako otroci kot starostniki (Žvelc, 2011).

Poznamo zelo veliko različnih psihoterapevtskih modalitet, tako individualnih kot tudi skupinskih, ki se zadnja leta pospešeno razvijajo in širijo, vsaka izmed njih pa ima svoj specifičen pristop, namene in cilje. Opravljene so bile številne raziskave na področju psihoterapije, kjer je raziskovalce zanimala razlika v učinkovitosti različnih psihoterapij. Luborsyki (Luborsyki, Singer in Luborsyki, 1975, po Žvelc, 2011) je zbral vse raziskave, opravljene med leti 1949 in 1974, ter ugotovil, da med različnimi vrstami psihoterapij ni večjih opaznih razlik v učinkovitosti, čemur pravimo tudi *Dodo bird verdict*, katerega definicija pravi, da: »Različne terapije lahko dosežejo podobne cilje preko različnih metod in procesov. Razlike v učinkih različnih psihoterapevtskih pristopov morda obstajajo, a jih z dosedanjimi raziskovalnimi strategijami nismo zaznali. Podoben učinek različnih psihoterapevtskih pristopov lahko utemeljimo s faktorji, ki so skupni vsem psihoterapevtskim pristopom. Skupni faktor so temeljni dejavniki spremembe« (Lambert in Bergin, 1994, cit. po Žvelc, 2011, str. 6).

Nadaljnje raziskave pa so pokazale bistveno vlogo odnosa med terapevtom in klientom ter pomembnost drugih dejavnikov, ki naj bi imeli večji vpliv na izid psihoterapije kot sama metoda psihoterapije. Med dejavniki, pomembnimi za uspešen izid psihoterapije, kot prvega navajajo klientovo življenje, ki ga sestavljajo njegovi socialni vplivi, ključni dogodki v njegovem življenju, možne travme in podobno. Sledijo skupni dejavniki, odkriti pri večini psihoterapij, kot na primer zaupnost v terapevtskem odnosu, kvaliteta odnosa, klientovo zavedanje o samem zdravljenju in drugo. Pod terapevtove dejavnike spada terapevtova empatija, toplina, odnos do klienta ter sprejemanje le tega, opogumljanje klienta za različna tveganja ter terapevtova kongruentnost. Kot zadnji dejavnik raziskovalci navajajo psihoterapevtske tehnike, ki so značilne za določen psihoterapevtski pristop. Prve tri kategorije so skupne vsem psihoterapijam, zadnja pa se nanaša na specifične značilnosti posameznega pristopa (Lambert 2007, po Žvelc, 2011).

2.1 Zgodovina psihoterapije

Prvi zametki psihoterapevtske obravnave, kot zdravljenje psihičnih in čustvenih težav, izvirajo že iz antičnih časov (Haggerty 2013). Tako dolgo, kot obstaja življenje v skupini, obstajajo tudi določene norme in pravila. Kot »nor« ali »jezen« človek je bil v teh skupinah obravnavan vsak, ki je pokazal kakršnokoli odstopanje od teh norm (Thomason, 2005). Stari Grki so bili prvi, ki so duševne bolezni priznavali in obravnavali kot bolezensko stanje in ne kot kazen nadnaravnih sil oziroma božanstev, čemur so najprej verjeli naši

predniki (Masson, 2007). Pri njihovem razumevanju duševnih bolezni pa je še vedno prihajalo do napačnih interpretacij same duševnosti in motenj, saj so na primer verjeli, da se histerija pojavlja samo pri ženskah. Ravno zaradi njihovega pionirstva, na področju psihoterapije, so se posluževali tudi precej nenavadnih metod zdravljenja duševnih motenj, kot na primer kopanje obolelega za preganjanje depresije ter spuščanje krvi za zdravljenje psihoze (Masson, 2007).

S padcem rimskega imperija se je zopet vzpostavilo verovanje v nadnaravne pojave, kot vzrok za duševne bolezni. Zaradi slednjega so se v tistem času za zdravljenje duševnih bolezni posluževali različnih načinov mučenja za izganjanje demonov, ki naj bi povzročali pacientovo vedenje in njegove psihoze. Močnemu verovanju v nadnaravno navkljub pa so že pričeli nekateri zdravniki, viri najbolj izpostavljajo Paracelsusa, dojemati psihoterapijo kot zdravilo za duševne motnje. In ravno iz tega prepričanja se nadaljuje razvoj psihoterapije, ki ji to ime prvi nadene Walter Cooper Dendy, leta 1853 (Masson, 2007).

V prvi polovici 19. stoletja so velik porast doživele psihiatrične ustanove, v katere so paciente sprejemali brez podrobnejših raziskav in obravnave. Viri pričajo tudi o velikem porastu podkupljenih psihiatrov, s strani pacientovih sorodnikov ali bližnjih, ki so pacientom postavljali diagnoze, ki so jih zadržale v psihiatrični ustanovi tudi če le ta ni trpel za duševnimi boleznimi. Nekaj izmed takih pričevanj lahko zasledimo v knjigah kot so Spomini nore ženske, Hersilie Rouy v francoskih umobolnicah in Zgodba Julie La Roche z Bodenskega jezera (Masson, 2007).

Knjige opisujejo spomine dveh oseb ženskega spola, ki sta bili na podlagi neutemeljenih diagnoz in podkupljenih zdravnikov, sprejeti in vrsto let zadržani v psihiatričnih ustanovah, kljub temu, da nista trpeli za duševnimi motnjami. Diagnoze kot so histerija in »nemoralnost«, so bile pogosto postavljene ženskam, ki se niso uklonile pričakovanjem staršev ter družbe ter so izražale svoje mnenje in prepričanja, ki pa so bila drugačna od njihove družbe ter okolice. Masson (2007, str 68) v svoji knjigi Zablode psihoterapije trdi, da ravno zaradi teh in podobnih publikacij: »dandanes vedno večjo pozornost posvečajo dejstvu, da so bile ženske še posebej pogosto žrtve označenosti ali specifičnih psihiatričnih diagnoz« nadalje trdi tudi, da je: »pripoved Rouyeve neprecenljiv primer, ki priča o zmotah, povezanih z diagnozo«.

Ob prelomu stoletja pa ima največji vpliv na psihoterapijo Sigmund Freud s svojo teorijo psihoanalize, s prispevki iz področja nezavednega, spolnosti in libida ter s poudarkom na pomenu sanj. Psihiatrična znanost dobi nove razsežnosti, predvsem pa zavrača neutemeljene diagnoze in s tem povzroči množično zapiranje psihiatričnih ustanov. Freudovo delo z nevrotičnimi klienti ga je vodilo do prepričanja, da so duševne motnje posledica zadrževanja misli in čustev v nezavednem delu naših misli. Zdravljenje kot poslušanje klienta in napeljevanje le tega k razlagi njegovih občutij naj bi vodilo k ozaveščanju potlačenih misli in čustev, kar naj bi zmanjšalo simptome duševnih motenj in

vodilo v razrešitev in ozdravitev ali pa vsaj ublažitev in omejevanje simptomov le teh (Haggerty, 2013).

V drugi polovici stoletja so bile Freudove teorije in trditve glavno vodilo psihoterapevtskega dela v klinični praksi. Šele okoli leta 1950 se je razvoj psihoterapije nadaljeval in privedel do uporabe novih, aktivnejših pristopov na področju psihoterapije.

Raziskovalci so se v drugi polovici 20. stoletja, tudi zaradi ekonomski vzrokov, pričeli vedno bolj posvečati trajanju psihoterapevtskega procesa in načinom krajšega zdravljenja in dela s klienti, saj je do tistega časa psihoterapija veljala za zelo dolgotrajno zdravljenje. Tako dandanes skoraj vsi pristopi psihoterapije nudijo kot neko krajšo različico zdravljenja za kliente s specifičnimi in blažjimi duševnimi motnjami in problemi (Haggerty, 2013).

2.2 Zgodovina psihoterapije na Slovenskem

Zametke psihoterapije lahko, tako kot drugje po svetu, tudi na Slovenskem najdemo v delu vrčev, zdravilcev, filozofov in drugih. Predvsem med zdravilci je imel med leti 1876 do 1890 pomembno vlogo v razvoju psihoterapije na slovenskem ljudski zdravnik Jurij Humar, ki je deloval na Dolenjskem in je pri svojem delu uporabljal tudi marsikateri element hipnoze oziroma magnetizma (Možina, 2011). Na osnovi kratkega prikaza zgodovine avstrijske psihoterapije avtorja Alfreda Pritza je Možina (2011) oblikoval ključne razvojne korak oziroma faze razvoja psihoterapije na Slovenskem. Kot prvo omenja fazo *nastavkov in prihodkov* v 19. stoletju in prej. V tej fazi se psihoterapija razvija kot oblika človekovega duhovnega iskanja in kot prakso, ki ima v tistem času še različna poimenovanja in pri kateri je pomembno predvsem odkrivanje učinkov hipnoze in njena uporaba za zdravljenje duševnih bolezni.

Do *sistemskega razvoja* psihoterapije pride šele proti koncu 19. stoletja, ko razvoj psihoterapije močno pospeši Freud kot utemeljitelj psihoanalize. Omenjeni fazi sledi razvoj psihoanalize kot *organiziranega družbenega gibanja*, kjer smo v primerjavi z Avstrijo zamudili okoli 60 let te faze, ravno zato jo Možina tudi poimenuje kar *faza zamujenih priložnosti*.

Freud je v tej fazi s svojo neumornostjo dosegel, da je njegova teorija psihoanalize postala tako del evropskih kultur kot tudi orodje in filozofija za spoznavanje onstran patološkega (Možina, 2011). »Razvoj psihoanalitičnega izobraževanja pomeni rojstvo slovenske psihoterapije in njena otroška leta (1960-1980)« (Možina, 2011, str. 12). Zaradi pospešenega razvoja psihoterapije je kot logična posledica sledila promocija psihoterapije preko publikacij, katere začetek sega v sredino sedemdesetih let. Leta 1968 je bila ustanovljena Psihoterapevtska sekcija Slovenskega zdravniškega društva, ki se istega leta poveže v nastalo Združenje psihoterapevtov Jugoslavije (Kobal 2001). V osemdesetih letih sledi razvoj različnih psihoterapevtskih pristopov, z različnimi programi izobraževanja, ki se postopoma razvijajo do visoke strokovne ravni. V devetdesetih letih

pride do porasta krovnih organizacij, »ki preko posameznikov ali organizacij povežejo različne psihoterapevtske pristope za uveljavitev psihoterapije kot avtonomnega poklica« (Možina, 2011, str. 13). V Sloveniji je na področju klinične psihologije oral ledino prof.dr. Lev Bergant, saj je bil leta 1954 kot prvi psiholog v slovenski psihiatriji zaposlen v Psihiatričnem disperzerju v okviru ljubljanske poliklinike (Možina 2011).

Leta 1998 nastane Združenje psihoterapevtov Slovenije, ki se ne omejuje več le na člane zdravnike, temveč v samostojnem Združenju združuje vse, ki po standardih in normativih izpolnjujejo pogoje za naziv psihoterapevt ali pa so se v ta namen pripravljene izobraževati (Kobal, 2001). Pri govoru o današnjem času, je potrebno omeniti tudi Slovensko krovno zvezo za psihoterapijo, ki združuje različne psihoterapevtske pristope in omogoča pridobitev Evropske diplome iz psihoterapije po standardih Evropskega združenja psihoterapije (Možina, 2011). Sama integracija psihoterapije v javno zdravstvo pa je bila do dandanes le delno uspešna, saj lahko psihoterapevtske storitve v Sloveniji v javnem zdravstvu opravljajo le klinični psihologi in psihiatri, tudi če nimajo opravljenega izobraževanja in usposabljanja za poklicnega psihologa (Možina, 2011).

V prihodnosti bo slovenska psihoterapija dobila pravo, zrelo podobo, ko bo sprejet zakon o psihoterapevtski dejavnosti, ki bo omogočil doseganje nove kvalitativne ravni.

3 SKUPINSKA PSIHOTERAPIJA

V zadnjih desetletjih je postalo število možnih pristopov v psihologiji močno obogateno, predvsem zaradi naslanjanja na empirično raziskovanje in znanstvene dokaze o učinkovitosti psihologije. American Psychological Association (APA) je v zadnjih letih namreč naštel več kot 400 različnih psihoterapevtskih pristopov in ravno velika številčnost pristopov je lahko včasih ravno tako škodljiva kot eklekticizem, namreč v primeru, ko nek pristop vodi v izključevanje drugih in drugačnih od lastnega (Praper, 2011). Velik del psihoterapevtskih pristopov pa temelji na skupinski terapiji, ki jo izvaja skupina skupaj s svojim terapevtom (Praper, 2011).

3.1 Vrste skupinske psihoterapije in pristopi

Praper (2008) v svoji knjigi navaja, da predvsem v šestdesetih letih prejšnjega stoletja so na Slovenskem nastajali številni psihoterapevtski pristopi kar je povzročilo tudi vedno večje razlike med le temi. Najopaznejše razlike zaznamo med analitičnimi in neanalitičnimi pristopi, številni med njimi pa so se ukvarjali tudi z dilemo, ali razvijati skupinsko modalnost ali ne. Med neanalitične psihoterapevtske pristope uvrščamo humanistične skupine, direktivno svetovanje, racionalno emotivne in kognitivne ali kognitivno vedenjske pristope, ter vse skupine, usmerjene v neposredno lajšanje stiske.

Konflikt pa se je ustvarjal tudi znotraj analitičnih pristopov, med tistimi, ki so bili usmerjeni na psihodinamiko teženj in konfliktov, ter med tistimi, ki so bili usmerjeni na odnose in razvojne procese (Praper, 2008). Med spremenljivke, po katerih se skušajo definirati različni pristopi, uvrščamo na primer vprašanja kot so ali naj bodo skupine heterogene ali homogene, odprte, polodprte ali zaprte, kakšna naj bo njihova velikost, njihovo trajanje, pogostost seans, ter ali naj bodo usmerjene na individualno dinamiko ali dinamiko skupine kot celote (Praper, 2008). Razvrstitev Noeyesa in Kolba (1966, po Opalić, 1986, po Praper, 2008) predstavlja enega najstarejših poskusov klasifikacije skupinskih terapevtskih pristopov in sicer jih ločita na nedirektivne, direktivne in edukativne klinične metode z didaktično orientacijo, na didaktične skupine s klinično orientacijo in na neklinično vodenje in svetovanje.

Parloff (1968, po Klein, Bernard in Singer, 1992, po Praper, 2008) pa je postavil le tri kategorije med katere uvršča pristope kjer ima skupina intrapersonalno in intrapsihično orientacijo, transakcijsko in medosebno orientacijo ali pa ima skupina integralno orientacijo na skupino kot celoto. Omenjeni klasifikaciji sta precej specifično zastavljeni, poznamo pa tudi avtorje, katerih klasifikacije so zastavljene bolj ohlapno, na primer Thompsonova in Kahn (1976, po Opalić, 1986, po Praper, 2008) delita pristop na skupinsko psihoterapijo v ožjem smislu, skupinsko svetovanje ter na skupinske diskusije. Ker v nobeni izmed omenjenih klasifikacij ne najdemo podatkov o analitičnosti pristopov, bi bilo bolj smiselno sistematizirati pristope najprej po kriteriju ali je določen pristop psihoanalitičen ali nepsihoanalitičen. Najbližje temu, je bil poskus Corsinija (1973, po Praper, 2008), ki pristope razvršča po dveh variabilah: Površinske-globinske oblike in direktivni-nedirektivni pristop.

Tabela 1:

Razvrstitev pristopov po dveh variabilah (Corsini, 1973, po Praper, 2008)

	Direktivni pristop		Nedirektivni pristop	
	Verbalni	Akcijski	Verbalni	Akcijski
Površinske oblike	Svetovanje, edukacija, vedenjska	Igranje vlog, vedenjska	Skupine samopomoči	Aktivacijske skupine
Globinske oblike	Analitična, transakcijska	Geštalt, psihodrama	Usmerjena na klienta	Psihodrama

Glede na osnovno paradigmo pa kot uveljavljene poznamo klasifikacije, kot na primer analitične, vedenjske in kognitivno vedenjske, humanistične in eksistencialne, sistemske, terapijo v skupini in s pomočjo skupine, slednje klasificiramo tudi po velikosti, in sicer poznamo male, srednje, velike ter zaprte, polodprte in zaprte skupine. Ločimo pa jih lahko tudi glede na trajanje in sicer na kratkotrajne, dolgotrajne in maratonske (Praper, 2008).

3.2 Skupinska Geštalt terapija

Geštalt terapija je ena izmed humanističnih metod, pri kateri je skupinska modalnost prisotna že od vsega začetka. Terapija poudarja človekovo naravno težjo po uresničenju svojih potencialov in je primerna tako za delo s posamezniki (diadna) kot tudi za delo s pari, družinami in skupinami (Praper, 2008). »Izraz »gestalt« je nemškega izvora in je zelo težko prevedljiv, pomeni pa celovitost, obliko, popolnost oblike« (cit. po Žorž, 2011, str. 359).

Skupinsko geštalt terapijo lahko uporabljamo na mnogih področjih, kot na primer klinično za nevrotično, mejno in psihotično organizirane osebnosti, kot pomoč otrokom, odraslim z lažjo ali zmerno motnjo v duševnem razvoju, pristop pa se seli tudi v poslovni svet, kjer se je oblikoval kot senzitivni trening za vodilne kadre, zaposlene v izobraževanju in drugih družbenih dejavnostih (Praper, 2008). Kot začetnika geštalt terapije poznamo Fritz Perls (1893-1970), psihoanalitika in zdravnika, ki se je izobraževal na berlinskem psihoanalitičnem inštitutu, študij pa nadaljeval na Dunaju pri Reichu. Pod vodstvom Kurta Goldsteina je spoznal svojo ženo, geštalt psihologinjo, s katero sta oba nekaj časa delovala pod okriljem Psihološkega inštituta v Frankfurtu in je imela pomemben prispevek v zametkih geštalt pristopa (Flajs, 2011).

Ko se je v času nacizma umaknil v Južno Afriko, je tam ustanovil inštitut za psihoanalizo, po vrnitvi v ZDA pa je leta 1951 ustanovil Inštitut za geštalt terapijo (Praper, 2008).

»Življenje zahteva od nas, da z uravnavanjem stika z diferenciacijo vzdržujemo mejo in hkrati ohranimo povezanost (odnos) s socialnim okoljem. Psihološki procesi so funkcija uravnavanja meje. Kadar se razlike zbršejo ali izgubimo povezanost, je meja izgubljena. Odnos ob diferenciaciji temelji na dveh nasprotujočih si procesih ponotranjenja – asimilaciji in introjekciji« (cit. po Praper, 2008, str. 46).

Če želimo ta dva procesa spremeniti, moramo prestrukturirati introjekte, od samega načina gledanja pa vse do idej in prepričanj. Če ali ko nam to uspe, lahko postanemo oseba, ki svojih procesov in sama sebe bolj zaveda, vendar šele po temu, ko diskriminira »njegovo«, od tistega kar ni. Takšen proces lahko tudi štejemo oziroma jemljemo kot osnovni metodični okvir geštalt terapije. Po Flajsovem (2011) razumevanju geštalt terapije, je središčni pojem *kontakt*. Človek namreč lahko preživi in raste le tako, da v kontaktu z okoljem zadovoljuje svoje potrebe, vnaša vase, kar je za njega koristno in izloča, česar ne potrebuje. »V kontaktu z okoljem se v človeku poraja *doživljanje*, na osnovi katerega se *zaveda* tako sebe kot okolja. Ko se na primer z roko dotaknem stene, se istočasno, ko začutim steno (okolje), zavem tudi svoje roke (sebe). Kontakt je dinamičen, nenehno spreminjajoč se *proces ustvarjalnega prilagajanja*, poimenovan tudi *proces oblikovanja in razgradnje gestaltov* (Gestalt v tem primeru pomeni konfiguracijo oz. celoto doživljanja in delovanja.)« (cit. po Flajs, 2011, str. 1).

Sodobni geštalt terapevti kombinirajo v skupini diadno delo in delo skupine kot celote. V skupinskem procesu so v žarišču interakcije članov med seboj ter skupine kot celote. Zaradi fleksibilnosti modela, se je pojavila razvejanost in razlike v geštalt pristopih, vsem pa je skupno to, da je delo usmerjeno na pridobivanje samostojnosti, samoregulacije, samospoznavanja in odprtosti za eksperimentiranje (Praper, 2008).

3.3 Psihodrama

Psihodrama je psihoterapevtska metoda, ki klientom omogoča, da s pomočjo dramskega ustvarjanja kot igre vlog in spontane dramatizacije pridobijo vpogled v svoje doživljanje in čustvovanje. S pomočjo psihodrame lahko razrešimo frustracije iz preteklosti ter tudi izboljšamo medsebojne odnose, primerna je predvsem za osebe, ki imajo težave z izražanjem čustev ali trpijo za hudimi psihičnimi motnjami, uporablja pa se tudi pri izobraževalnih treningih z osebami iz poslovnega sveta (Praper, 2008). Odkril in razvil jo je Jacob Levi Moreno (1889-1974), ki je definiral psihodramo kot popolno realizacijo. Resnico klient išče z že omenjenimi dramskimi metodami, kar mu omogoči, da najde svojo spontanost, ki jo je izgubil zaradi različnih socializacijskih vplivov (Vešligaj-Damiš, 2011). Moreno je okvirni pristop zastavil skozi svoja doživljanja in srečanja z otroško igro, ki mu je tudi podala direkten pogled na doživljanje realnosti ter odmikom od le te. V okviru integriranega sistema filozofske, sociološke in psihološke teorije, Moreno razvije lastne ključne koncepte, ki definirajo njegovo teorijo osebnosti in psihoterapijo, ki so spontanost in kreativnost, koncept »tukaj in zdaj«, situacija »kot da« (as if), surplus realnost, koncept srečanja – dejavnik tele in transfer, mentalna katarza in koncept vloge (Vešligaj-Damiš, 2011).

Terapija se običajno prične s samopredstavitvijo, v kateri režiser uvaja mnoge dramatične tehnike, s katerimi intervenira po tem, ko protagonist vstopa s predstavitvijo problema. Nadaljuje se z improvizacijo v katero je lahko vključena tudi tehnika *projekcije bodočnosti*, kjer klient odigra svoje meglene predstave o variantah bodočnosti. Moreno je v pristop uvedel tudi pomožni ego ali dvojnika.

Prvi je oseba, ki klientu pomaga odigrati vlogo in izrisati potezo karakterja, drugi pa klientu odrazi samega sebe in deluje kot alterego (Praper, 2008).

3.4 Skupinska transakcijska analiza

Skupinska transakcijska analiza obsega teorijo osebnosti ter medosebne komunikacije in je po svoji naravi analitični pristop (Milivojević, 2011).

Razvil jo je Eric Berne (1910-1970), zdravnik, ki je opravil izobraževanje in usposabljanje na Psihoanalitičnem inštitutu v New Yorku.

Skupinska transakcijska analiza ohranja psihodinamična izhodišča in vidi človeka kot motivirano in aktivno bitje, ki ima nenehno potrebo po dotiku in pozornosti. Ravno tako izpostavlja človeško potrebo po strukturiranju oziroma zapolnjevanju časa, kar človek uresničuje skozi odnos do drugih ljudi (Praper, 2008). Glavno področje indikacije pri skupinski transakcijski analizi so motnje osebnosti ter vse motnje, ki so odraz določenih osebnostnih potez. Skupinska transakcijska analiza se pogosto uporablja tudi na področju nevroz, zlorabe drog, alkoholizma in drugo (Milivojević, 2011).

Skupinska transakcijska analiza je dokaj aktivna terapija, usmerjena na analizo strukture in prestrukturiranje časa ter na aktivacijo, prepoznavanje in uravnotežanje triade egostanj, kot se kažejo skozi transakcije. Terapevt torej analizira klientovo dinamiko skozi njegov tipičen vsakdan in življenjski stil.

Številne študije so pokazale, skupinska transakcijska analiza izboljšuje klientovo življenje na splošno, krepi osebnostni razvoj in podpira razvoj posameznikove avtonomije (Ciucur, 2013).

Iz začetkov transakcijske analize so izhajale še sporne ambicije, da bo terapija skrajšala sam terapevtski proces, zato ji nekateri očitajo *terapevtsko evforijo* in neizmeren optimizem za verovanje, da bo življenje po terapiji vedno lepo. Del kritik leti tudi na Berna, glede njegovega hitrega zadovoljstva s svojimi kreativnimi dosežki in publikacijami, posledično pa naj bi opustil prizadevanja za znanstveno preverjanje svojih hipotez (Praper, 2008).

Vsem kritika navkljub pa strokovnjaki transakcijski analizi in Bernu priznavajo, da jim je uspelo povezati pomembne analitične koncepte in pristope ter jih v praktični in optimistični obliki približati množicam (Praper, 2008).

3.6 Skupinska vedenjsko kognitivna terapija

Vedenjsko kognitivna terapija temelji na ideji, da naše misli vplivajo na naša čustva, vedenje in tudi na naše telesne odzive. Terapija združuje dva različna psihoterapevtska pristopa in sicer vedenjskega ter kognitivnega. Vedenjski pristop se osredotoča na človekovo moteče vedenje ter spreminjanje le tega z učenjem novega, ustrežnejšega vedenja. Kognitivni pristop pa se osredotoča na prepoznavanje posameznikovih stališč, načinov razmišljanja, prepričanj, predstav in drugo (Soršak, 2014, po Pastirk, 2011). Za razvoj vedenjsko kognitivne terapije strokovnjaki trdijo, da ima korenine v teorijah učenja in klasičnih vedenjskih principih ter njihovi uporabi v klinični rabi, za naslednji val razvoja pa je značilna integracija vedenjske terapije s kognitivnimi terapevtskimi orientacijami. Za zadnji, tretji val razvoja je značilna postopna integracija vedenjsko-kognitivnih terapij z upoštevanjem tradicionalnih psihoterapevtskih pristopov (Pastirk, 2011).

Sama kombinacija vedenjske in kognitivne terapije je med drugim prinesla tudi nove kriterije za ocenjevanje učinkovitosti terapevtskega pristopa. »Poleg simptomatske

spremembe zdaj sodijo v ta okvir tudi spremembe v prisotnosti disfunkcionalnih prepričanj in načinov razmišljanja, zvišana stopnja funkcionalnih stališč in s tem boljša kvaliteta življenja, znižana stopnja hendikepiranosti ter opuščanje maladaptivskih mehanizmov« (cit. po Praper, 2013, str. 50).

Obstaja veliko različnih pristopov k vedenjsko kognitivni terapiji ter posledično tudi veliko različnih klasifikacij le te. Pastirk (2009) jih po predlogu Biroja (1990, v Pastirk, 2009) razvrsti v smislu treh korakov, ob tem pa poudarja, da nekatere tehnike prehajajo iz sklopa v sklop, saj med njimi ni jasnih mej ter se med seboj prepletajo.

Trije osnovni koraki (Biro, 1990, po Pastirk, 2009):

1. Identifikacija negativnih avtomatskih misli in disfunkcionalnih prepričanj.
2. Modifikacija negativnih avtomatskih misli in disfunkcionalnih prepričanj.
3. Vedenjski eksperiment in učenje novega vedenja.

Terapija se lahko izvaja individualno, v paru ali pa v skupini in je ciljno usmerjena na problem (simptom). Terapevt je v na začetku procesa aktiven, proti koncu pa vedno manj, prinaša strokovno znanje o kognicijah, vedenju in čustvih, usmerja pacienta in prinaša možna sredstva za doseganje ciljev. Cilj vedenjsko kognitivne terapije je, da klient postopoma postane svoj terapevt ter, da lahko sam obvlada težavo, zaradi katere je pristopil k terapiji. Terapevtski proces vedenjsko kognitivne terapije lahko nekoliko spominja na znanstveno raziskovanje, saj oba, tako terapevt kot klient, testirata nove domneve (Pastirk, 2011).

3.7 Bonding psihoterapevtska modaliteta

Bonding psihoterapija je ravno tako, kot druge omenjene, vrsta skupinske psihoterapije. Klient prične z individualno obravnavo, po določenem času pa se vključi v skupino, kjer nadaljuje svoje zdravljenje. Natančneje o sami bonding psihoterapiji pa bom podala v ločenem poglavju.

4 BIOLOŠKO OZADJE PSIHOTERAPIJE

»Biopsihosocialni model zdravja in bolezni predpostavlja, da na nastanek, izbruh in potek bolezni sovplivajo biološki, psihološki in socialni dejavniki, pomembna je tako posameznikova aktualna situacija (njegove biopsihosocialne razmere), kot tudi razvojne biopsihosocialne posebnosti« (cit. po Pšeničny, 2010). Kot omenjeno, celostna obravnava pacienta pri psihoterapevtskem zdravljenju je že skorajda nuja, saj nam znano biološko

ozadje posameznika poda potrebne informacije za določitev primerne terapije ter za načrtovanje učinkovitega zdravljenja. Naj za primer izpostavim depresijo, kjer so za biološke simptome značilne motnje spanja, dnevno spreminjanje razpoloženja, motnje apetita, motnje želje po spolnosti in drugo (DSM-IV in Tomori in Ziherl, 1999, po Pišot, 2014).

4.1 Psihoterapija in možgani

»Moderne nevropsihološke raziskave ugotavljajo, da je razvoj frontalnega režnja desne hemisfere, ki podpira mehanizem regulacije emocij, neposredno odvisen od stika med otrokom in materjo« (cit. po Kompan Erzar, 2001, str. 119). Frontalni režnj v naših možganih, ki zajema sprednji, večji del hemisfere, je torej bistveno pomemben pri razvoju naših čustev, ki pa so eno izmed glavnih področji obravnave v procesu psihoterapije (Lindsay, Bone in Fuller, 2010), saj kot trdita Thayer in Lane (2010) čustva lahko predstavljajo upodobitev vedenjskega repertoarja v prostoru vsakega posameznika in ga s tem odražajo drugim. Predvsem desna hemisfera je odgovorna za procesiranje in shranjevanje informacij in spominov, kar ima samo po sebi ravno tako veliko vlogo pri zdravljenju s psihoterapijo (Moss, 2013). Za regulacijo emocij so odgovorne povezave orbitofrontalnega režnja s subkortikalnimi strukturami limbičnega sistema (Kompan Erzar, 2001). Če teh povezav ni, klient ne more ustrezno regulirati svojih čustev oziroma ne ločuje med zunanjimi in notranjimi vzgibi. Za proizvodnjo, zaznavanje in aktualizacijo čustev pa so v naših možganih pomembni tudi *anteriorni gyrus cinguli*, *dorzalni gyrus cinguli* in *inzularni korteks* (Stadtmüller in Gordon, 2011). Nevropsihologija tudi empirično pojasnjuje globino afekta na primer pri narcisističnih in mejnih patologijah, ki so za psihoanalizo praktično nedostopne. Že prej omenjeno odkritje, da je razvoj orbitofrontalnih povezav z limbičnim sistemom odvisen od interakcije med otrokom in materjo je temeljni prispevek nevropsihologije k razumevanju transferja. Sam potek vzpostavljanja povezav pa je sledeč: desna hemisfera procesira vizualne, senzorične, neverbalne impulze in dražljaje, v subkortikalnih strukturah pa regulira tudi toploto in imunski sistem. Če pa otrok ostane na ravni regulacije emocij odvisen od matere, bo razvoj orbitofrontalnih režnjev desne hemisfere ohranil primarne povezave, ki bi se sicer morale med prvim in drugim letom starosti preoblikovati tako, da bi se delež frontalnih povezav zmanjšal na račun povezav s subkortikalnimi strukturami. S tem bi otrok dobil stik s seboj in s svojim telesom, s tem, da bi ločil zunanje in notranje dražljaje.

V njegovih možganih bi se vzpostavila prava interakcija med desno in levokemisfernimi načini procesiranja, s tem pa bi postali emocionalni občutki preko simbolnega pomena signal za spremembo vedenja (Kompan Erzar, 2001).

»Nevroni desne hemisfere namreč ohranjajo določeno plastičnost, ki omogoča, da se struktura frontalnih režnjev do neke mere preoblikuje, če človek vzpostavi neverbalni stik v odnosu. V takem odnosu je odprta pot za izkušnje, ki »učijo« desno hemisfero kako

regulira afekte« (cit. po Kompan Erzar, 2001, str. 126). In ravno to je namen psihoterapije v primeru mejne organizacije, narcisističnih motenj in drugih, saj želi terapija preko besed vzpostaviti stik, ki bo s pomočjo leve omogočil dostop do desne hemisfere. Terapevt s svojimi besedami sprosti pacienta do te mere, da si ta upa sprostiti kontrolo in prične prosto asociirati (Winnicott, 1996; Kompan Erzar, 2001).

Psihoterapija kot zdravljenje pa je tudi pomemben člen pri obravnavi bolnikov v nevrologiji. Cilj zdravljenja s psihoterapijo je namreč vzpostavitev pozitivnih vrednot pacienta, izboljšanje samozavesti, izboljšanje medosebne interakcije ter lajšanje bolečin pri okrevanju po operativnih posegih.

4.2 Psihologija zdravja

Psihologija zdravja se posveča predvsem pacientom, ki v prvi vrsti ne trpijo zaradi duševnih motenj, temveč zaradi ostalih zdravstvenih težav. Posveča se predvsem pacientovim strahom in občutkom anksioznosti ob postavitvi diagnoze ali glede medicinskega zdravljenja različnih bolezni, saj če dobesedno prevedemo angleške besede ali izraze za bolezen dobimo sledeče: »disease« - bolezen, »illness« - muka, trpljenje in »sickness« - nemoč. Pacienti ob svojih obolenjih čutijo tako nemoč kot trpljenje in obup. Ta občutja lahko pri pacientih hitro vodijo v duševne težave, depresijo, občutja anksioznosti in drugo (Klain, 1999). S primernimi pristopi ter tehnikami, pa lahko ta občutja pri pacientu omilimo oziroma jih spremenimo v občutja moči, želje po ozdravitvi ter boja proti bolezni, saj imajo psihološki dejavniki imajo zelo veliko vlogo pri vzrokih, napredovanju in posledicah tako zdravja kot bolezni. Pacienti s svojim pristopom do bolezni lahko naredijo velike razlike v samem poteku in zdravljenju le te. Že samo pozitivno razmišljanje lahko pri pacientu povzroči izboljšanje ali ustavitev napredne bolezni ter simptomov, če pa temu dodamo še primerno vodstvo s strani terapevta, lahko pacient bolezen tudi premaga le s »psiho«. Psihologija zdravja je v zadnjem času izjemno napredovala in se razvila tudi na področju odvisnosti od na primer nikotina. Ljudje se z nerealnim optimizmom v veliki meri poslužujejo kajenja kot sprostivne, saj so mnenja, da imajo še dovolj časa, da prenehajo s škodljivo razvado, preden pride do razvoja bolezni kot na primer pljučni rak (Perat, 2013). Ker pri kajenju ne občutimo takojšnjih posledic naših dejanj, kot na primer če se spečemo na štedilniku, kjer bolečino začutimo takoj, nam to daje lažen občutek varnosti pred boleznimi in trpljenjem. Resnica pa je, da je večji del kadilcev močno zasvojenih z nikotinom. V zadnjem času se vedno več zasvojenih z nikotinom, za pomoč pri prenehanju kajenja, obrača medicinsko hipnozo, ki je znana kot uspešna intervencija za premostitev odtegnitvenih simptomov.

Pri primeru kadilca, je potrebno na klienta vplivati na vse ravni njegove duševnosti, na primer na korekcijo zaznavanja, na motivacijo in drugo. Pomembno je, da je medicinsko osebje primerno izobraženo s spoznanji psihologije zdravja saj lahko drastično vpliva na

svoje paciente ter jim pomaga pri predelovanju hujših travm ter izgub ali pri sprejemanju diagnoze neozdravljive ali težke bolezni (Perat, 2014).

4.3 Psihosomatika

Psihosomatske bolezni so motnje v funzioniranju organskih sistemov ali posameznih organov, do katerih je prišlo predvsem zaradi disfunkcionalne psihične organizacije oziroma neuspešnosti obrambnega sistema proti nakopičenim tesnobnim občutkom (Pšeničny, 2010). Psihosomatska medicina se posveča predvsem obolelemu ter vplivu njegovega psihičnega stanja na telesne funkcije, preučuje psihično komponento nastanka bolezni, ki v stalnem medsebojnem delovanju z biološkimi in družbenimi dejavniki opredeljuje bolezen ali zdravje posameznika. Že v 19. stoletju so tedanji teoretiki bili prepričani, da je vloga psihičnih dejavnikov odločilna, čeravno so v tistih časih krivdo za bolezen pripisovali obsedenosti z demonom ali kazni obolelemu za neko zlo dejanje. Za psihosomatiko velja, da je »rojena« v krogu psihoanalize, saj sta se dva izmed Freudovih sodelavcev, Felix Deutsch in Groddeck, z velikim zanimanjem posvečala samemu razvoju in podrobnostim psihosomatike, zato ju lahko uvrščamo med pionirje na tem področju (Adamović, 2010).

5 BONDING PSIHOTERAPEVTSKA MODALITETA

Bonding psihoterapija (v nadaljevanju BPT) je v Sloveniji še precej neveljavljen in neizkoriščen psihoterapevtski pristop, kljub temu, da se v Sloveniji izvaja že dobro desetletje predvsem na področju pomoči zasvojenimi z drogami in njihovim bližnjim. Na širšem območju pa je modaliteta mednarodno priznana in prakticirana že vrsto let. »BPT je polnopravno priznana modaliteta v okviru EAP ter sočasno preko svoje pravne osebe tudi polnopravna EAP članica. Znotraj EAP ima status EWO organizacije« (cit. po Polajner 2011). Omenjena modaliteta je nastala pred približno petdesetimi leti, v Združenih državah Amerike, njen ustanovitelj pa je psihiater Daniel Casriel (Polajner, 2013). Med Slovenci sta specializacijo za naziv »bonding psihoterapevt« do sedaj opravila dva terapevta (istočasno psihologa), ki zadnje desetletje izvajata tovrstno pomoč zasvojenim v terapevtski skupnosti »Projekt Človek« (Polajner, 2011). V Ameriki delo pokojnega Casriela v največji meri nadaljuje Franklin W. Ellis, v Evropi pa so med svetovno znanimi Bonding psihoterapevti na primer Martien Kooyman (psihiater), Konrad Stauss (zdravnik), dr. Johan Maertens in številni drugi (Polajner, 2010). »Najvišje strokovno-pravno-povezovalno telo s področja BPT je International Society for Bonding Psychotherapy (ISBP). Obstajajo tudi tri celinske zveze (za Evropo je to ESBP), znotraj katere vsaka država-po pravilih ISBP-tvori svoje pravno telo, ki združuje Bonding psihoterapevte. V RS

(Republiki Slovenije) se to pravno telo imenuje Združenje Bonding psihoterapevtov Slovenije-ZBPS« (cit. po Polajner, 2011, str. 2).

5.1 Namen in cilji bonding psihoterapije

Ustanovitelj bonding psihoterapije, psihiater Daniel Casriel, je pri svojem delu opazil potrebo pacientov po fizični in čustveni bližini, varnosti ter sprejetosti od drugih oseb. Ta potreba je bila najbolj izrazita v situacijah, ko so pacienti doživljali zelo intenzivna čustva, Casriel pa jo je poimenoval »bonding«. Bonding (terminološko) namreč pomeni medosebna povezanost, povezovanje in navezanost. Casriel je v iskanju primerne odgovora na potrebo po bondingu, pričel z razvijanjem metod uporabe telesnega stika (neseksualnega objema) kot dodatnega elementa v že obstoječi skupinski terapiji. Nov celovit psihoterapevtski pristop je Casriel prvotno poimenoval »New Identity Processing-NIP«, od devetdesetih let dalje pa se pristop imenuje bonding psihoterapevtska modaliteta (Polajner, 2013). Bonding terapija ima širok spekter učinkovanja. Prednostno je namenjena korekciji bazičnih čustvenih motenj, disfunkcionalnih kognitivnih shem, nezdravih odnosnih slogov in navezanosti z drugimi. Ob ustrezni prilagoditvi same terapije pa bi jo lahko uporabljali tudi pri psihosocialni rehabilitaciji invalidov ter njihovih bližnjih, koristno pa jo lahko implementiramo tudi na številnih področjih klinične psihologije in psihoterapije, v splošni in usmerjeni preventivi, v izobraževanju ter drugod (Polajner, 2014). Bonding psihoterapija je intenzivna oblika skupinske terapije. Njen glavni cilj je preseči strah pred intimnostjo oziroma bližino in zavrnitvijo s strani drugih. V nadaljevanje terapija stremi k povečanju klientove sposobnosti za zadovoljevanje osnovnih biopsihosocialnih potreb, čemur sledi zmožnost vzpostavljanja pozitivnih medosebnih odnosov in uživanja lastnega življenja (Polajner, 2011). Indikacije za uporabo bonding psihoterapije pa so lahko disfunkcionalni medosebni odnosi, težave v navezovanju stikov in odnosov z drugimi ljudmi, nezadostne zmožnosti za zadovoljevanje častnih osnovnih biopsiholoških potreb, duševne in somatske težave ter drugo. Če omenjamo indikacije, se moramo posvetiti tudi kontraindikacijam za uporabo bonding psihoterapije in sicer, zadnji tedni nosečnosti, šibko kardio-vaskularno stanje, srednje in izrazite psihotične motnje, prekratkotrajna abstinenca od psihoaktivnih substanc (manj kot dva meseca) in vedenja, ki intenzivno potlačijo čustva (Polajner, 2013). Bonding je proces med katerim klient postane čustveno odprta oseba ter se tudi fizično približa drugim. Delo v skupini omogoči klientu doživeti in zadovoljiti osnovno potrebo po bližini z drugimi in občutku varnosti, omogoči pa tudi, da klient doživi globlja čustva, ki so prej lahko bila potlačena zaradi spominov na boleče pretekle situacije, dogodke in izkušnje. Z bonding psihoterapijo pri klientu lahko dosežemo, da se njegovo zaupanje do drugih poveča ter, da opusti negativna čustva in odnose, ki jih je prej gojil proti samemu sebi in jih spremeni v pozitivna (Kooyman, Olij in Storm, 2010).

Da lahko klient »prodre« do potlačenih čustev, mu terapevt med izvajanjem bondinga velikokrat svetuje uporabo glasu. Krik pri klientih v večini primerov povzroči prodor do globljih, potlačenih čustev, do katerih sicer težje dostopa ali sploh ne. Poznamo več različnih krikov, vsak izraža določena čustva in ima svoj specifičen zvok. Poznamo bazične zvoke jeze, bolečine, potrebe, strahu in še mnoge druge (Casriel, 1972).

5.2 Obravnava klientov

Sam proces bonding psihoterapije se prične s sprejemnim intervjujem, ki ga izvaja terapevt individualno s klientom. V le tem, terapevt izve bistvene in osnovne podatke o klientu, na primer starost, spol, stopnjo izobrazbe, osebnostne značilnosti, hiter vpogled v klientovo duševno stanje, v njegove odnose s svojimi bližnjimi ter izve vzrok, zaradi katerega pacient sploh prihaja po pomoč. Terapevt in klient nadaljujeta z individualnimi srečanji, ki so poljubno dolga, odvisno od potreb pacienta in njegovega napredka pri vzpostavljanju zmožnosti za sodelovanje na psihoterapevtski skupini. Pred pričetkom skupinske terapije je pomembno, da je klient na primerni stopnji čustvene odprtosti, stabilnosti in sposobnosti regulacije čustev, ki je pomemben del vsakdana »duševno zdravega« posameznika za primerno vzpostavljanje medosebnih odnosov in splošnega dobrega počutja posameznika (Lång, 2010). Sledi faza, ki zahteva delo v skupini in vsebuje vaje za vzpostavljanje čustvene odprtosti in fizične (neseksualne) bližine (Polajner, 2013). Pri tej fazi je pomembno, da se klient strinja in soglaša s pričetkom dela v skupini in napredek na naslednjo fazo ni storjen proti njegovi volji predvsem zaradi vzpostavljanja zaupanja do terapevta in skupine (Fisseni in Mestel, 2007). V tej fazi se izkazujejo posameznikove značilne destruktivne reakcije ter čustvena stanja (Polajner, 2013). Klient si tudi določi kratek stavek oziroma prepričanje, ki opisuje občutja, ki bi jih rad presegel ali jih iz negativnih spremenil v pozitivna. Stavke kot na primer »Vreden sem ljubezni«, »Nisem popoln, ampak sem v redu tak kot sem« ali »jaz zaupam« ter drugi, izbrani s strani klienta. S tem istim stavkom oziroma prepričanjem, klient tudi nadaljuje v naslednjo fazo, fazo »bondinga«, kjer pacient pri uspešnem izvajanju doseže izražanje najglobljih emocij ob sočasni fizični bližini drugih oseb. V tej fazi terapije si pacient gradi občutek varnosti in zaupanja predvsem na fizičnem stiku z drugo osebo. Od držanja za roke do najbolj intenzivne metode oziroma vaje bondinga, pri kateri klient leži na tleh na hrbtu, druga oseba pa leži na njemu, mu nudi neseksualno fizično bližino, čustveno podporo ter spoštovanje drugemu klientu, ko le ta intenzivno izraža svoja čustva in svoje zdravo prepričanje. Drugo osebo v tej vaji imenujemo z izrazom *medvedek*, saj se le ta že v našem zgodnje razvojnem obdobju pojavlja kot element tolažbe, varnosti in posledično lažjemu izražanju čustev. Pri tej fazi pride do korektivne emocionalne izkušnje, ki je kot samo doživljanje za klienta precej naporna, vendar povzroči izboljšanje stanja pri pacientih ter občutke ugodja. Ravno slednje, pa si klient potrjuje v zadnji fazi.

V zadnji fazi klienti namreč potrjujejo svoja prepričanja svoji skupini in sicer vsakemu članu skupine posamezno. Občutke ugodja potrjujejo s stanjem v krogu in izrekom svojega prepričanja vsakemu članu posamezno. Pri tem gre za korektivno kognitivno izkušnjo, saj klient poglobi svoje prepričanje ter prejme potrditev tudi s strani drugih (Polajner, 2013).

5.2.1 Klienti kot odvisniki od psihoaktivnih substanc

Psihoterapevtska pomoč zasvojenim je pomembna iz različnih vzrokov. Namreč, ko uživalec psihoaktivnih substanc postane zasvojen, se v njegovem telesu in možganih zgodijo pomembne spremembe. Telo zasvojenca namreč ne more funkcionirati brez droge in ob pomanjkanju le te pride do telesne in duševne krize oziroma do abstinencnega sindroma (Polajner, 2010). Zato se mora pri samem zdravljenju zasvojenca drogo najprej odstraniti iz telesa in možganov, čemur pravimo *razstrupitev* in traja približno en teden (Friedman, 2004). Pri klientih, ki so bili zasvojeni s psihoaktivnimi substancami ne zadošča zgolj odstranitev zunanjega simptoma oziroma razstrupitev, saj po detoksikaciji večinoma sledi recidiv. Ravno tako ne zadošča zgolj substitucija sredstva za omamo saj drugi vzroki (duševni, družinski, socialni,...) za pretirano potrebo po omami niso bili odstranjeni. Ne zadošča niti stabilizacija abstinence in zgolj vedenjske spremembe saj je potrebna tudi globinska psihoterapevtska pomoč ter osebne spremembe abstinenta oziroma klienta (Polajner, 2014). Klient se s čustvenega vidika procesa z zasvojenostjo spopada preko štirih faz. Prva faza je *vključevanje* oziroma odločitev za spremembo. Sledi detoksikacijska faza, kjer je prevladujoče čustvo jeza ter psihoterapevtska faza, pri kateri klient občuti predvsem čustveno bolečino, žalost in potrto. Zadnja je faza reintegracije pri kateri očitna razlika v zmanjšanem doživljanju strahu od prve faze, klient pa se tudi čustveno dobro počuti (Polajner, 2011). Odvisniki so pogosto globoko travmatizirane osebe, ki s pomočjo bonding terapije predelajo boleče pretekle izkušnje in se znebijo strahu pred bližino drugih ali njihovo zavrnitvijo (Polajner, 2011). Pri delu s klienti, ki premagujejo zasvojenost z drogami so kot najpogostejša prepričanja v procesu bondinga uporabljeni stavki kot na primer »jaz obstajam«, »jaz sem vreden« ali »jaz imam pravico«, saj imajo lahko pogosto občutek, da ne obstajajo ali da zaradi svojih preteklih dejanj nimajo pravice biti živi ter prositi za pomoč pri svojih težavah (Polajner, 2009).

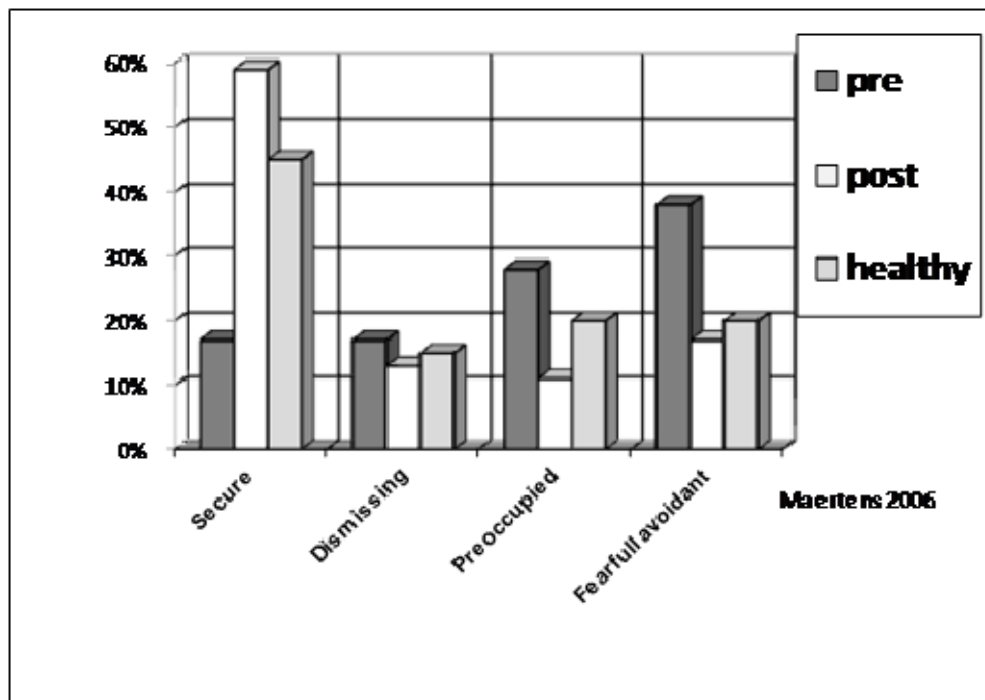
6 PSIHOLOŠKE UTEMELJITVE BONDING PSIHOTERAPIJE

Bonding psihoterapija se lahko uporablja za različne namene. Kot psihoterapevtska pomoč za osebe z različnimi čustvenimi in/ali odnosnimi motnjami in stiskami, za osebnostno rast človeka, uporabna je pri poklicnem delu z ljudmi ali kot občasna čustvena in mentalna preventiva. Primerna je predvsem za osebe, ki imajo nezdrav odnosni slog, bazične čustvene motnje, negativna prepričanja o sebi, so razvile destruktivno vedenje ali pa so nezadovoljne z lastnim življenjem (Polajner, 2011).

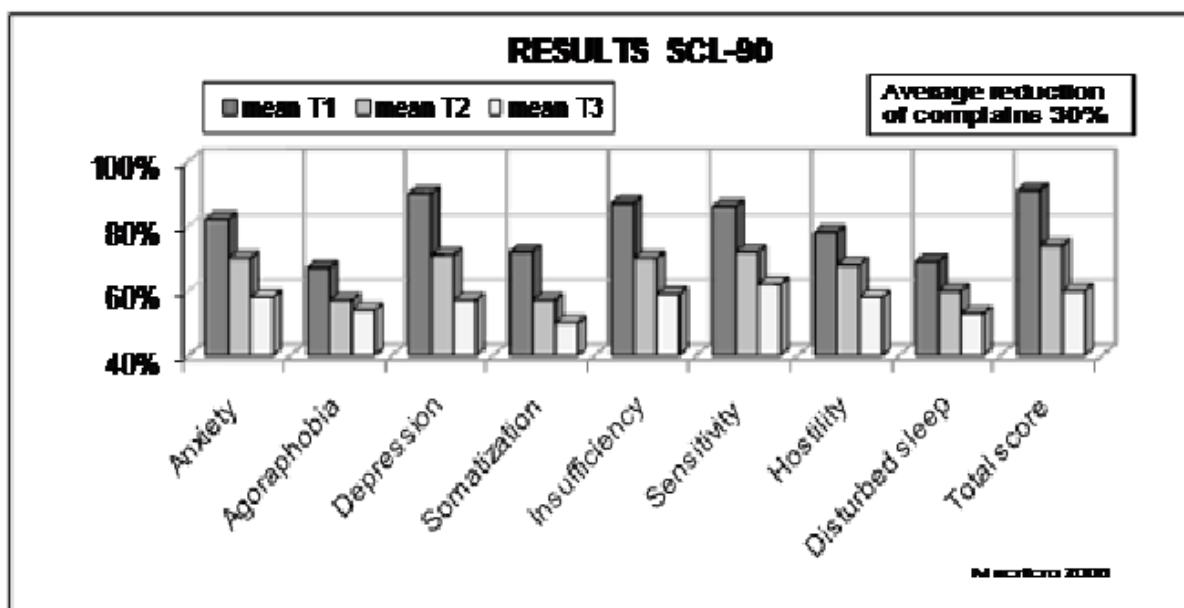
V procesu bonding psihoterapije so različne duševne motnje dojete predvsem kot simptomi odnosnih motenj in problemov. Klienti bonding psihoterapije imajo velikokrat razvite negativne odnose do drugih ljudi, njihovih bližnjih oziroma pomembnih oseb v njihovem življenju, kar lahko, kot že omenjeno, privede do različnih duševnih motenj oziroma psiholoških problemov. Med simptome natančneje uvrščamo anksioznost, depresijo, somatske motnje, motnje osebnosti ali celo kombinacije med naštetimi simptomi.

Maertens (2006, po Kooyman, Storm in Olij, 2010) je opravil raziskavo, pri kateri je raziskoval spremembo stilov navezanosti pri klientih bonding psihoterapije.

Pri raziskavi je sodelovalo 52 udeležencev, ki jih je raziskovalec pridobil iz treh različnih skupin bonding terapije, ki so terapijo izvajale na tedenski ravni, vsaj eno leto. Posvetil se je predvsem trem področjem delovanja bonding psihoterapije in sicer področju simptomov, stilov navezanosti in interpersonalnosti. Da je lahko izmeril oziroma določil ta tri področja, je pri sprejemnem intervjuju vključil tri vprašalnike, in sicer SCL-90 (Symptom Checklist 90) za določitev simptomov, RSQ (Rejection Sensitivity Questionnaire) za določitev stilov navezanosti in SASB (Sustainability Accounting Standards Board) za interpersonalnost. Ti merski instrumenti pa se lahko uporabijo tudi v kasnejšem procesu bonding psihoterapije in sicer za merjenje napredka in afekta skupinskega dela bonding psihoterapije. Raziskavo je Maertens pri istih udeležencih ponovil po obdobju šestih mesecev in ugotovil pomembne spremembe. Po šestih mesecih se je namreč število začetnih simptomov drastično zmanjšalo, predvsem na področju depresije, anksioznosti, somatskih motenj in nezaupanja do drugih. Najbolj očitna razlika se je pokazala pri lestvici nezaupanja, pri lestvicah anksioznosti in strahu pred obvezo oziroma navezanostjo do drugih ljudi pa je bila razlika manj zaznana. Raziskovalci predvidevajo, da bi se tudi pri zadnjih dveh lestvicah pokazale drastične spremembe, če bi raziskava bila ponovljena večkrat ter v širšem časovnem obdobju ter če bi bila v raziskavo vključena tudi kontrolna skupina udeležencev, ki ne prejemajo bonding psihoterapevtskega zdravljenja.



Slika 1: Spremembe v stilih navezanosti (Maertens, 2006, po Kooyman, Storm in Olij, 2010)



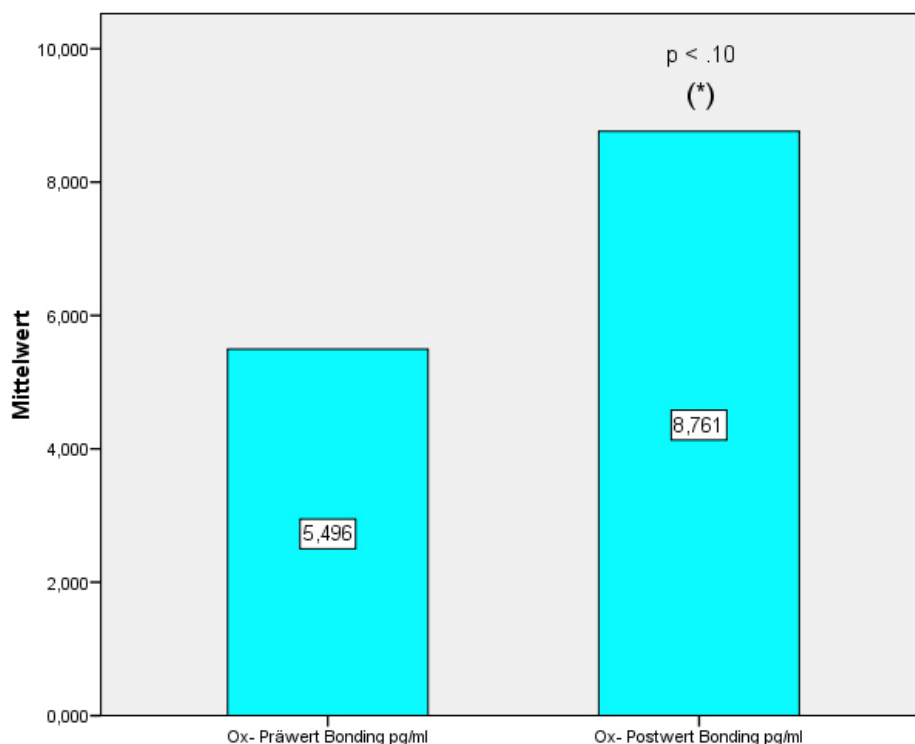
Slika 2: Rezultati SCL 90, spremembe v doživljanju simptomov (Maertens, 2006, po Kooyman, Storm in Olij, 2010)

Zelo podobna raziskava Maertensovi (2006, po Kooyman, Storm in Olij, 2010) pa je bila izvedena tudi v psihosomatski kliniki v Nemčiji in sicer v širšem časovnem obdobju, raziskava se je namreč izvajala med leti 1998-2006. Ugotovitve so bile primerljive z Maertensovimi, število oseb, ki so sodelovale v raziskavi pa je bilo večje in sicer 6814 udeležencev (Fisseni, 2008, po Kooyman, Storm in Olij, 2010).

Povprečna doba za sprejem oseb iz individualne na skupinsko terapijo je bila 61 dni, po tej dobi pa so raziskovalci po opravljenih meritvah že ugotovili znatne razlike v stilih navezanosti, ki so se izboljšali za 45%, 5% udeležencev pa se je v odnosih počutilo bolj varne od zdrave, normalne populacije (Fisseni, 2008, po Kooyman, Olij in Storm, 2010). Ravno tako so se očitne razlike po bonding terapijah pokazale pri izraženosti simptomov, saj je bil pozitiven učinek na zmanjšanje simptomov kar 0.85, kar je zelo pomemben učinek za dokazovanje učinka bonding psihoterapije na psiho človeka. Pri udeležencih se je pokazalo tudi zmanjšanje strahu pred zavrnitvijo oziroma zapustitvijo s strani drugih oseb ter tudi izboljšanje na področju strahu pred bližino in intimnostjo z drugimi. Glede na rezultate raziskave so raziskovalci lahko sklenili, da ima že majhen premik v smeri proti varni navezanosti v smislu stilov navezanosti, pomemben vpliv na medosebne odnose ter vpliva tudi na posameznikovo psihološko dožemanje sebe ter okolja.

7 BIOLOŠKE UTEMELJITVE BONDING PSIHOTERAPIJE

Muller (2009) je izvedel raziskavo v kateri je raziskoval nivo oksitocina v povezavi s bonding psihoterapijo. Oksitocin je hormon, ki ga izloča možganska žleza hipotalamus in je zadolžen za nežnost, željo po ljubkovanju in ljubljenju. Omenjeni hormon tudi igra pomembno vlogo pri stimulaciji refleksa izločanja materinega mleka in sproža kontrakcije maternice med porodom, ravno tako pa niža raven stresnega hormona kortizola, niža krvni pritisk in zmanjšuje strah (Flis, 2011). V Mullerjevi (2009) raziskavi je vzorec vključeval 40 udeležencev od 18 do 65 let. Raziskava je zajemala dve srečanja z udeleženci, katerim so pred in po končani seansi odvzeli krvne vzorce, jih centrifugirali in ohladili na -70 stopinj Celzija. Kot primarno raziskovalno vprašanje je bilo zastavljeno ali se nivo oksitocina po opravljeni bonding psihoterapiji poviša v primerjavi z vzorci odvzetimi pred začetno bonding psihoterapijo ter ali je stopnja povišanosti večja pri delu s čustvi na globljem nivoju ter s potlačenimi čustvi. Rezultati raziskave so pokazali, da je bil nivo oksitocina, po opravljeni drugi seansi terapije, pri udeležencih bistveno višji v primerjavi z vzorcem pred začetkom seans.



Slika3: Nivo oksitocina pred in po zaključeni bonding terapiji

Očitna razlika v nivoju oksitocina po obeh opravljenih meritvah kaže na to, da bonding terapija pri klientih sproža občutke nežnosti, pripadnosti in ljubezni. Klienti so poročali o stanjih miru, blaženosti ter sproščenosti po opravljenih bonding terapijah ter o močnem občutku povezanosti in varnosti (Muller, 2009).

8 SKLEP

V zadnjih desetletjih so teoretiki na področju medicine, psihologije in medicine pričeli ugotavljati, da je tradicionalni medicinski model preveč enostaven, da bi lahko primerno opredelil pojma bolezni in zdravje. V preteklosti je bil namreč prevladujoč biomedicinski pristop k zdravljenju različnih bolezni, postopoma pa je vedno več zdravnikov pričelo zagovarjati in raziskovati holistični pristop, ki jemlje v obzir socialne, psihološke in celo duhovne aspekte osebe. Iz te ugotovitev tudi izhajajo trditve o neločljivi medsebojni povezanosti bioloških, psiholoških in socialnih faktorjev pri kroničnih boleznih (Enova, 2007). Še dandanes je biopsihosocialni pristop v medicini precej neraziskano področje, ki pa se mu posveča vedno več strokovnjakov na tem področju, ki v svojih raziskavah največkrat preverjajo bolnikove aktualne obremenitve zaradi določene bolezni, načine spoprijemanja z obremenitvami in potek same bolezni v odvisnosti od teh procesov, navad in življenjskega sloga (Rakovec – Felser, 2002).

Če pa se posvetimo bonding psihoterapevtskemu pristopu ter biopsihološkim utemeljitvam le tega pa lahko najdemo podobne smernice kot pri biopsihosocialnem pristopu k medicini. Bonding psihoterapija torej, glede na rezultate prikazanih raziskav, dokazano povzroča spremembe oziroma izboljšanje simptomov tako na psihološkem kot na biološkem področju človeka. Njen vpliv je predvsem zaznan pri spremembah v stilih navezanosti ter pri spreminjanju negativnih odnosov v pozitivne ter tudi na področju depresije, anksioznosti, somatskih motenj in nezaupanja do drugih. Z biološkega vidika pa bonding psihoterapija spreminja oziroma zviša nivo oksitocina v možganih, ki pa je tudi hormon za nežnost, bližino in ljubezen. Trditve o biopsihološkem vplivu bonding psihoterapije so torej bistvene za uspešno celostno obravnavo in zdravljenje klientov, ki pristopijo k omenjeni terapiji, za pravilno dojetje klientov s terapevtskega vidika ter za sam razvoj biopsihosocialnih pristopov k psihoterapiji ter medicini na splošno.

Omenjene študije bonding psihoterapije so obetajoče, vendar trenutno obstaja premajhno število opravljenih raziskav, zaradi česar je utemeljitev pomanjkljiva oziroma bi bila lahko utemeljena na večjem številu bioloških in psiholoških raziskav o vplivu bonding psihoterapije. Menim pa tudi, da bi v prihodnje bile potrebne randomizirane klinične študije, saj v raziskavah, vključenih v zaključno nalogo ni razvidno ali so bili pacienti naključno razporejeni v klinično skupino, kontrolna skupina pa niti ni bila vključena v raziskavo.

9 LITERATURA IN VIRI

Anić, N. (2009). *Prispevki iz vedenjske kognitivne terapije*. Ljubljana: Tiskarna Pleško d.o.o.

Baldwin, S.A., Wampold, B.E. in Imel, Z.E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842-852.

Bonicatto, S.C., Dew, M. A., Zaratiegui, R., Lorenzo, L. and Pecina, P. (2001). Worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Social Science & Medicine*, 52, 911-919.

Casriel, D. (1972). *A scream away from happiness*. New York: Grosset and Dunlap

Ciucur, D. (2013). A Transactional Analysis Group Psychotherapy Programme for Improving the Qualities and Abilities of Future Psychologists. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 78, 576-580.

Cuijpers, P. and Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders*, 72, 227-236.

Enova, d. (2007). *Vloga zdravstvene psihologije v biopsihosocialnem modelu zdravja in bolezni*. KLIP (1)

Erić, L., Kostić, V., Jovanović-Dunjić, I., Kondić, K., Rakić-Glišić, V., Kolar, D., Dimitrijević, A., Opalić, P., Milivojević, Z., Starčević, V. (2010). *Psihodinamična psihiatrija 1*. Ljubljana: Hermes IPAL

Fisseni, G. in Mestel, R. (2007). *Attachment style changes in bonding psychotherapy*. Bad Grönenbach: The HELIOS Klinik

Flajs, T. (2011). *Predstavitev gestalt terapije*. Pridobljeno dne 24.7.2015, s <http://www.flajs.net/clanki/predstavitev-gestalt>

Flis, I. (2011). *Hormoni: kje najti srečo?* Pridobljeno dne 3.8.2015, s http://www.dr-flis.si/Kje_najti_sreco

Frank, J.D. and Frank, J.B. (1993). *Persiasion and healing: A comparative study of psychotherapy (3rd ed.)*. Baltimore: Johns Hopkins University Press

Friedman, D. (2004). *Lažnivi sli: Kako zasvojljive droge poškodujejo možgane*. Ljubljana: Debora

Haggerty, J. (2013). *History of psychotherapy*. Pridobljeno dne 24.7.2015 s <http://psychcentral.com/lib/history-of-psychotherapy/>

Klain, E. (1999). *Psihološka medicina*. Zagreb: Golden marketing

Kobal, M. (2001). *Moj pogled na razvoj psihoterapije v Sloveniji in nastanek ZPS*. Pridobljeno dne 25.7.2015 s <http://www.zpsi.si/zps-predstavitev>

Kompan Erzar, K. (2001). Nevropsihologija in relacijska psihoterapija. *Psihološka obzorja*, 10 (4), 119-134.

Kooyman, M., Olij, R., Storm, R. (2010). *Bonding psychotherapy – an effective group therapy for attachment problems*. Pridobljeno dne 29.7.2015, s <http://www.bondingpsychotherapy.com/>

Kreš, B. (2010). *Svetovanje in psihoterapija v sloveniji-primeri centrov za relacijsko družinsko terapijo*. Diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo

Lång, A. (2010). Attachment and emotion regulaton – clinical implications of a non-clinical sample study. *Procedia Social and Behavioral Sciences* (5), 674-678.

Lindsay, K., Bone, I., Fuller, G. (2010). *Neurology and neurosurgery illustrated*. Edingburgh: Churchill Livingstone

Masson, J. (2007). *Zablode psihoterapije*. Ljubljana: UMco

Melchert, T. (2010). *The growing need for a unified biopsychosocial approach in mental health care*. Wisconsin: Marquette University. 356-361

Milivojević, Z. (2011). Transakcijska analiza. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 381-398). Ljubljana: Založba IPISA

Moss, R. (2013). Psychotherapy and the Brain. The Dimensional Systems Model and Clinical Biopsychology. *The Journal of Mind and Behaviour*, 1, 63-90.

Možina, M. (2011). Kratka zgodovina psihoterapije na Slovenskem. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 11-55). Ljubljana: Založba IPSA

Muller, A. (15.-17.5.2009). *Oxytocin and depth level of emotions*. Pridobljeno s <http://www.bondingpsychotherapy.org/research/>, dne 28.7.2015

Musek, J. (1988). *Teorije osebnosti*. Ljubljana: Univerza Edvarda Kardelja v Ljubljani, Filozofska fakulteta

Mykletun, A., Bjerkeset, O., Overland, S., Prince, M., Dewey, M. and Stewart R. (2009). Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: The HUNT study. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 118-125.

Pastirk, S. (2011). Vedenjsko kognitivna terapija. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 253-284). Ljubljana: Založba IPSA

Perat, M. (2013). *Psihologija zdravja*. Zdrave novice, (februar 2013). 26-27

Perat, M. (2014). *Kako prenehati kaditi*. Zdrave novice, (december 2014). 14

Pincus, D., Guastello, S., Koopmans, M. (2009). *Chaos and complexity in psychology. The theory of nonlinear dynamical systems*. New York: Cambridge University Press

Pišot, D. (2014). *Psihoterapija depresije*. Diplomsko delo. Koper: Univerza na Primorskem: Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologija

Polajner, B. (2011). *Bonding psihoterapija-kratka predstavitev*. Zbornik predavanj: ZZV Ravne na Koroškem

Polajner, B. (2013). *Bonding psihoterapija*. Rogla 31.5.2013: Redna letna srečanja psihoterapevtov slovenije

Polajner, B. (2011). *Bonding psihoterapija (BPT) modaliteta za terapijo, preventivo in osebnostno rast*. Zbornik predavanj: ZZV Ravne na Koroškem

Polajner, B. (2010). *Bonding psihoterapija*. Združenje bonding psihoterapevtov Slovenije, pridobljeno dne 29.7.2015 s <http://zbps.si/index.php/predstavitev/bonding-terapija>

Polajner, B. (2014). Bonding psihoterapija-predstavitev in možnosti uporabe v psihosocialni rehabilitaciji invalidov in njihovih družin. *Rehabilitacija*, 13 (2), 62-70.

Polajner, B. (17.10.2014). *BPT in pomoč zasvojenim osebam in njihovim družinskim članom*. Ljubljana: Izobraževanje delavcev in sodelavcev Slovenske Karitas

Polajner, B. (15.11.2011). *Bonding psihoterapija, modaliteta za terapijo, preventivo in osebnostno rast*. Aerodrom Slovenj Gradec: Mednarodna konferenca ob mesecu preprečevanja zasvojenosti

Polajner, B. (3.9.2011). *Bonding Therapy (BPT) in therapeutic Community (TC) for drug addicts*. Buenos Aires, ISBP Conference

Polajner, B. (junij, 2009). *Bonding Therapy (BP) and TC*. 12th EFTC Conference: Haag Neetherland

Polajner, B. (2010). *Podpora za civilni dialog in partnerstvo pri spoprijemu s problematiko drog*. Piran: Inštitut za zasvojenosti Eksodus-z

Praper, P. (2011). Psihoanaliza, psihoterapija in znanost. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 97-116). Ljubljana: Založba IPSA

Praper, P. (2008). *Skupinska psihoterapija od mitologije do teorije*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete, oddelek za psihologijo

Praper, P. (2013). *Skupinska psihoterapija od teorije do znanosti*. Maribor: Založba Pivec

Pšeničny, A., (2010) *Zakaj psihosomatskega pacienta poslati tudi k psihoterapevtu?* Pridobljeno dne 27.7.2015 s

[http://www.psihoterapija-ordinacija.si/uploads/file/PUBLIKACIJE/PsihosomatskaMotnja\(1\).pdf](http://www.psihoterapija-ordinacija.si/uploads/file/PUBLIKACIJE/PsihosomatskaMotnja(1).pdf)

Rakovec – Felser, Z. (2002). *Zdravstvena psihologija*. Maribor: Visoka zdravstvena šola

Soršak, P. (2014). *Psihoterapija specifičnih fobij s poudarkom na strahu pred bruhanjem – emetofobiji*. Diplomsko delo. Koper: Univerza na primorskem, fakulteta za naravoslovje, matematiko in informacijske tehnologije.

Spieser, A. (2001). *Subjektive Erfahrungen von Patienten in der Bonding-Psychotherapie in Abhängigkeit von dem Bindungsstil Eine explorative Studie*. Pridobljeno dne 2.8.2015, s http://www.bondingpsychotherapy-org.nl04.members.pcextreme.nl/wp-content/uploads/2012/02/2001-A.-Spieser_Subjektive-Erfahrungen.pdf

Stadtmüller, G. in Gordon, J. (2011). The Biological Correlates of Emotions. *International Journal of Psychotherapy*, 15 (4), 6-24.

Thayer, J.F. and Lane, R.D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dsregulation. *Journal of Affective Disorders*, 61, 201-216.

Vešligaj-Damiš, J. (2011). Psihodrama. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 335-357). Ljubljana: Založba IPSA

Žvelc, M. (2011). Kaj je psihoterapija?. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 1-9). Ljubljana: Založba IPSA

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Model, methods and findings*. Mahwah: Erlbaum

Weisinger, H. (2001). *Čustvena inteligenca pri delu z ljudmi*. Ljubljana: Tangram

Weisbach, C. in Dachs, U. (1999). *Kako razvijemo čustveno inteligenco*. Ljubljana: DZS